



JOSÉ MIGUEL LERA
EX JEFE DE CIRUGÍA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA

“La sensación general es que se está esperando a que la sanidad pública se pudra”

José Miguel Lera, durante al entrevista en la que criticó la falta de recursos en el área de Cirugía del Complejo Hospitalario. FOTO: O. MONTERO

El hasta ahora jefe de Cirugía atribuye su cese a su denuncia ante la falta de profesionales y medios en el CHN. "Han matado al mensajero", dice. Y critica la actitud despótica de los responsables de Salud, especialmente del gerente del complejo, al que acusa de ningunear a los profesionales

M. GONZÁLEZ

PAMPLONA. Sostiene que Salud le ha destituido por ser el mensajero... ¿de qué?

De la reducción de la plantilla de cirugía, además del número de quirófanos, aunque tampoco podríamos cubrir más con los cirujanos que estamos. Esto ha provocado que tengamos que priorizar a los pacientes tumorales, los oncológicos, y a enfermos más graves, de forma que los tie-

nen patologías menos graves, pero no por ello inocuas, se están acumulando en la lista de espera. La lista no ha aumentado tanto en número de pacientes, que ha crecido, sino que se ha envejecido mucho. Los enfermos llevan mucho más tiempo del razonable en lista. ¿Qué ocurre? Por ejemplo, que enfermos con patología de pared abdominal o vesícula pueden esperar un tiempo, pero cuanto más esperan hay más riesgo de complicación. Y esto ha pasado y como nadie me daba una solución lo planteé a la consejera, Marta Vera. Le expliqué la carencia de plantilla. Hemos perdido en menos de un año 13 cirujanos. Además no se está haciendo la asignación de quirófanos con sentido común ni se cuenta con nosotros para nada. No solo con el área de Cirugía. No cuentan con ningún médico del hospital. Mi sensación es que mi cese está relacionado con esta reunión porque tras hablar con Vera el jueves, el gerente,

Ignacio Iribarren, por primera vez en 14 meses, me citó para el lunes y me dijo que me cesaba. Parece una relación causa efecto.

¿Por que hay menos cirujanos?

A finales de 2011 entregué en dirección un análisis de la plantilla del Área de Cirugía con dos supuestos: que se mantuviera la posibilidad de jubilación hasta los 70 o que se aplicase a los 65. El área tiene una plantilla con 58 años de media. Había muchas personas cercanas a la jubilación. Entregué estos análisis pero la respuesta fue que el gerente no renovó contratos, no asumí mi inquietud ni el informe sobre plantilla y al final perdimos 13 cirujanos. Se han jubilado 10 cirujanos, no se recontrataron a dos interinos y se rescindió otro contrato por amortización de la plaza.

¿Qué ocurre con los quirófanos?

Cuando aún había plantilla empezaron con recorte de quirófanos. Cancelaron todo tipo de actividad extraordinaria, actividad que nunca he defen-

dido, pero que en ocasiones resulta necesaria: cuando hay un atasco en tumores, por ejemplo, pero se eliminaron de raíz y eso suponía cinco quirófanos a la semana. Además, teníamos tres quirófanos ordinarios por la tarde. Funcionaron un tiempo y los quitaron. Antes del verano ya no los teníamos. Y, por otra parte, perdimos los quirófanos del Hospital de San Juan Dios. Estábamos priorizando el operar, de manera que redujimos consultas para poder atender a los pacientes en lista de espera de forma que la falta de personal no condicionara tanto, sino esto hubiera acabado fatal, pero no teníamos posibilidad de operar más, y eso a pesar de que saturamos mucho mejor los quirófanos desde la creación del área, es decir, los ocupamos mejor, con más enfermos. A ello se suma aquella prolongación de jornada de los funcionarios desde después del verano, que nos permitió poner de media unos tres enfermos más a la semana. Eso hizo que el

número de pacientes no acabara en catástrofe, pero se mantenía el problema de la antigüedad en lista, aunque esto no afectaba a los oncológicos. **¿Cuál es el problema de fondo?**

Una absoluta falta de comunicación e información por parte de la dirección, al menos al área de Cirugía, pero me consta que a todos los servicios médicos. Se toman decisiones en las que no se ha participado y ni siquiera se han conocido. Pongo ejemplos. Se va a poner en marcha un programa de *screening* de detección de cáncer colorrectal. Esto fue publicado en la prensa, de ese programa van a salir tumores que vamos a tener que atender, pero no hemos participado, ni conocido, ni tenemos información oficial de ese programa. Hace pocos días se publicaba que se ampliaban las indicaciones en donantes de órganos en parada cardíaca para aumentar el número de donaciones. El equipo extractor de órganos pertenece al área de cirugía y nos hemos enterado por

Angustiado por los pacientes de cáncer de colon pendientes de revisión

759 ENFERMOS NO HAN SIDO CITADOS Y LA DEMORA PUEDE CAUSAR QUE SE LLEGUE TARDE SI SE REPRODUCE LA PATOLOGÍA

PAMPLONA. El hasta ahora jefe del Área Clínica de Cirugía del Complejo Hospitalario de Navarra, José Miguel Lera, se manifiesta angustiado por la situación de las listas de espera en primeras y sucesivas consultas, especialmente por las de pacientes de cirugía colorrectal.

“Si hay atascos de primeras visitas, enfermos que se van a tener que operar ni siquiera van a entrar en el circuito. Esta primera demora es importante y, aunque las primeras visitas están más controladas, en ellas hay en la actualidad muchos enfermos”, advierte.

Como ejemplo, Lera cita el caso de cirugía menor y pared abdominal, con 1.500 enfermos que sufren demora, pero donde la situación alcanza tintes dramáticos es en Proctología y Colorrectal. “La situación de Proctología no es tan impor-

tante en primeras visitas. Son casos de hemorroides, fisuras... que son una buena faena para el enfermo, pero lo verdaderamente gordo es lo que sucede en el grupo de pacientes pendientes de consultas sucesivas en Colorrectal”.

Los datos aportados por Lera recogen que en primera visita en lista de espera de cáncer hay 15 enfermos, pero las revisiones acumulan 951 enfermos de colorrectal en lista de espera, de ellos están citados 192 y el resto, 759, son pacientes en circuito de revisión de cáncer colorrectal sin

cita. Gran parte de estos, al menos, un tercio son enfermos que han sido operados de cáncer. “La demora en estos pacientes puede hacer que si la enfermedad se reproduce lleguemos más tarde de lo recomendable. Este tema me agobia muchísimo. Es lo más grave”, reconoce Lera. La solución para esta acumulación de pacientes, según expone, pasa por mejorar los recursos. “Para solucionar esta solución solo podemos aumentar el número de consultas, pero, por otra parte, no tenemos más cirujanos, ni más locales. Tenemos

que hacer actividad extraordinaria. Me da igual que se compense esta con horas, que los profesionales no podrán cogerse porque la plantilla está justa, que la gerencia y la dirección hagan lo que quieran, pero esa responsabilidad no la quiero”, explica.

El ex jefe de Cirugía explica a este respecto que socialmente se ha preferido dar prioridad al cáncer de mama, “pero es más grave la espera para un cáncer de colon que se puede obstruir o sangrar o perforarse y crece más deprisa que el de mama”.

el periódico. No sabíamos nada.

¿También falta de información sobre el nuevo edificio de Urgencias?

Le planteé esta cuestión a Vera. Estaba muy preocupado ya que está previsto abrir de forma más o menos inmediata el edificio, sin embargo, no hemos tenido ninguna reunión para evaluar el funcionamiento, las necesidades, cómo repercutirá en la organización de los servicios que no siendo médicos de Urgencias estamos en Urgencias. Cirugía es la especialidad que más urgencias opera y no sabemos nada. Ni qué pasos se van a dar ni que previsión hay.

¿Su conclusión?

Estamos instalados en el mundo de la chapuza. No se cuenta con nadie.

¿Por prepotencia o para que nadie estropee la estrategia de Salud?

No entra en la cultura de Ignacio Iribarren el consenso. Es un modelo nada participativo. Tiene alergia a escuchar la opinión de los demás. Esto es sensación mía, pero también lo han transmitido muchos jefes de servicio. Las formas fallan. Es lo que ha pasado con la cocina hospitalaria. Seguramente había que hacerlo, pero no así, como un elefante en cacharrería. A los médicos no se nos ha informado que se habilitaba un nuevo modelo de cocina en ningún momento. En Cirugía, con los pacientes con nutrición artificial no hay problema, pero los recién operados necesitan una dieta muy específica. No hay ninguna transmisión de la comunicación.

¿Cómo repercute esto en los usuarios?

Con retraso en la intervención, con riesgo cierto de que las cosas vayan mal mientras esperan. ¿Hasta qué punto? Un paciente con piedras en la vesícula puede tener una pancreatitis, una enfermedad muy grave, o una colecistitis y tener que operarse de urgencia, que no es lo mismo... eso puede conllevar riesgos ciertos. Las hernias se pueden complicar y, si el paciente está delicado, no es lo mismo operarle con una hernia estrangulada que con una programada.

¿Pero la consejera tienen un plan para las listas de espera...

No lo conozco. Ni ninguna propuesta. Todo lo que se haya podido mejorar en este sentido lo hemos hecho los profesionales por nuestra cuenta.

¿Y cómo lo padece el profesional?

Además de sobrecarga de trabajo, prolongan la jornada. Con una plantilla tan ajustada, en algunas de las unidades el día que hay quirófano aunque un cirujano haya tenido guardia y tenga derecho a irse a su casa, no se puede ir y se queda a operar, bien porque es su paciente, bien porque no hay recursos y debe quedarse. Esto ocurre con muchísima frecuencia. Y sufren la presión de saber que tienen un paciente al que no pueden darle salida y corren el riesgo de tener una complicación. Dormir con estos problemas no es fácil. Los profesionales sufren, están quemados, desmotiva-

dos. Hasta el punto de que se empieza a percibir, ya no desánimo, sino un punto de desesperanza. Si esto ha de reventar, que reviente. Si dan todo lo que pueden, llegan al límite y además, ven que no hay información y se encuentran cada día con problemas que no les resuelve nadie, se frustran.

¿Y se cierra el círculo, porque los pacientes también son víctimas de esta situación porque son atendidos por médicos 'quemados'?

Sin duda. El planteamiento es kafkiano, sobre todo porque el argumento permanente es el dinero, pero hay muchísimas cosas que se podrían hacer que no son cuestión de dinero, aunque también hay otras que necesitan dinero. Hay construidos dos quirófanos en el Hospital Navarra. Se debería haber hecho lo imposible para abrirlos porque son imprescindibles. O no interrumpir el concierto con San Juan, sino negociarlo mientras se seguía con la actividad. Eso fue una frivolidad. O se debería abrir la Unidad de Cuidados Intensivos. Está construida pero no dotada, y la otra está obsoleta. Hay que priorizar. Salvo que se decida que la salud no es importante y que vaya rodando la bola hasta que esto no tenga solución. La sensación es de desmantelamiento por lisis, esperando a que se pudra la sanidad pública. Es una sensación generalizada. No se resuelven los programas, las listas crecen... el único mantra permanente es no hay dinero. En casa yo tampoco tengo mucho dinero, pero lo prioritario es comer; pues aquí también debe ser así.

¿Quién toma esta decisiones?

Son decisiones casi unipersonales. Me parece que a la gerencia no le importan las consecuencias. Estoy seguro de que no vive el problema de las listas de espera como lo vivimos los médicos porque sino no dormiría. No sufren nada por los pacientes.

¿Deben seguir la consejera y el gerente en sus cargos ante el malestar profesional?

Es que no les afecta, no les preocupa. Al revés, han sugerido que la profesionalidad está ligada al dinero, a intereses bastardos. Y no es cierto. Si es verdad, denúnciate a ti misma porque eres la responsable. Mi consejo a Marta Vera y el equipo directivo del Complejo es que reflexionen sobre lo que han hecho en año y medio y, sobre todo, sobre lo que han deshecho. Si esta es la dinámica, tenemos mal futuro. No tienen un modelo claro de lo que quieren, si lo tienen no lo han transmitido o sabido transmitir. A mí me han cesado porque les he molestado. La actitud y formas de Iribarren son despóticas, nada participativas. Y en gestión así no se va a ningún sitio.

¿La sanidad pública ha perdido su fama?

Ahora ni está reconocido a nivel estatal ni por los usuarios por muchas encuestas que publiquen. Para que llegara no a lo que era sino a un punto razonable exigiría haberse planteado los modelos de gestión iniciales a medio plazo, no hay ninguno.

¿Es una estrategia intencionada?

Me cuesta creerlo, pero no me sorprendería estos ultraliberales para lo suyo van como van. Al entrar, dijeron que era un equipo gestor, pero no tiene experiencia en sanidad ni administración.

"Aconsejo a Vera y su equipo reflexionar sobre lo que han hecho y han deshecho"

"El retraso al operar conlleva un riesgo: que las cosas vayan mal para el paciente"

"Hay que priorizar. Salvo que se decida que la salud no es importante y esto no tenga solución"

"El gerente del complejo, Ignacio Iribarren, tiene alergia a escuchar la opinión de los demás"

La paradoja de Salud: exhibe los datos de Lera

Salud hizo ayer pública una nota en la que informa de que el pasado año realizó 35.194 intervenciones ordinarias, 221 más que en 2011, un hecho que, según el departamento, indica que "la actividad quirúrgica se mantiene pese a la reducción de personal en el área de Cirugía, la mayor parte debido a jubilaciones". La actividad de consultas también se ha mantenido y se han reali-